

Horn, Günther

Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 56-60



Quellenangabe/ Reference:

Horn, Günther: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 56-60 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8604 - DOI: 10.25656/01:860

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8604>

<https://doi.org/10.25656/01:860>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht **V&R**

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie,
Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg

31. Jahrgang / 1982

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Orlowska, A.: Wplyw treningu autogenicznego na uczenie sie i zapamietywanie. *Studia Psychol.* X, 1970. – Burton, A.: Psychotherapy with the mentally retarded. *Amer. J. ment. Defic.* 58, 1954, 486–9. – Clarke, A. M., Clarke, A. D. B.: Uposledzenie umyslowne Warszawa: PWN 1969. – Dies.: Soziotherapie in der Psychiatrie. Freiburg: Lambertus 1977. – Goldberg, I. I., Rooke, E. M.: Badania naukowe i postepowanie wychowawcze w stosunku do dzieci glebiej uposledzonych umyslowno. In: *Metody Pedagogiki Specjalnej*. Wars-

zawa: PWN 1973. – Romankiewicz, S.: Trening autogeniczny Schultza jako metoda psychoterapii. Warszawa. *Zdrowie Psychiczne*, 4, 1969. – Schultz, J. H.: *Das Autogene Training*. Konzentration Selbstentspannung. 14. Auflage. Stuttgart: Thieme 1973.

Anschr. d. Verf.: Anna Polender, Emil-Andresen-Str. 4a, 2000 Hamburg 54.

Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung*

Von Günther Horn

Zusammenfassung

Aufgrund der Umfrage unter angehenden KB-Therapeuten wie auch aufgrund vieler Fallberichte darf man zu dem Schluß kommen, daß das Einzel-KB auch in der Kindertherapie eine besonders intensiv wirkende Methode darstellt. Dadurch wird erklärbar, daß bereits kurze diagnostische Sitzungen große positive Auswirkungen bei jungen Patienten finden, daß oft schon ganz wenige Sitzungen therapeutische Erfolge zeitigen können, daß aber auch schon nach nur wenigen Imaginationen heftige Widerstände auftreten und zum Risiko eines vorzeitigen Behandlungsabbruchs führen können. Die Anwendung des KB bei Kindern ist dann empfehlenswert, wenn ein rascher Zugang zu unbewußtem Material angestrebt wird, wenn aufgrund des diagnostischen KB mit einer guten Imaginationsfähigkeit und -bereitschaft zu rechnen ist und wenn eine positive Mitarbeit der Eltern erwartet werden darf.

Durch seine vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten wie auch durch seine intensive Wirkungsweise kommt das KB den Erfordernissen einer Erziehungsberatung besonders entgegen. Es hat zudem den Vorzug, daß es in seiner Wirkungsweise nicht an der Oberfläche des Verhaltens stehen bleibt. Es wäre sicher falsch, behaupten zu wollen, das KB könnte jede andere Therapieform ersetzen. Es wird in Zukunft aber einen wichtigen Rang im therapeutischen Instrumentarium eines Erziehungsberaters einnehmen.

Ausführungen

Nicht nur die Entwicklung des KB als eine allgemein anwendbare therapeutische Methode, auch seine spezielle Anwendung im Rahmen der Kindertherapie erfolgte zuerst durch Leuner. Die erste Veröffentlichung dazu erschien in der Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie“ im Jahre 1970 unter dem Titel „Das katathyme Bilderleben in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ [1]. Die erste

ausführlichere Publikation erfolgte 1977 im Ernst-Reinhardt-Verlag von Leuner und anderen Autoren und trägt den Titel „Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen“ [2].

Obleich in diesen und anderen Veröffentlichungen die Anwendbarkeit des KB bei Kindern und Jugendlichen überzeugend dargestellt wurde, besteht doch in der praktischen Arbeit der Erziehungsberatung noch weitgehende Unkenntnis sowohl bezüglich der Möglichkeiten dieser Methode als auch der Grenzen, die ihr gesetzt sind. Ich möchte deshalb versuchen, anhand von ein paar statistischen Zahlen und einiger veranschaulichender Beispiele darzulegen, daß das KB gute Anwendungsmöglichkeiten in der Erziehungsberatung bietet.

Eine ungewöhnliche Bereicherung bietet das KB in der Diagnostik der Erziehungsberatung. Es wurden 220 Kinder im Alter von 7–11 Jahren einem diagnostischen KB unterzogen. Mit 95% der Kinder konnten Sitzungen von etwa 10 Minuten Dauer durchgeführt werden. In tiefenpsychologisch orientierten Fachteams wird gelegentlich die Frage diskutiert, welche beunruhigenden Nebenwirkungen eine Testuntersuchung für Kinder haben kann. Die Versuche lassen mich zu dem Schluß kommen, daß das KB mit zu den Testmethoden gehört, die Kinder am wenigsten beunruhigen. 90% der mit dem KB getesteten Kinder gaben in der Nachbesprechung an, daß sie die Bildvorstellungen als „schön“ und/oder „nicht schwer“ erlebt haben. Eine Siebenjährige: (Therapeut: „Wie war denn das für dich?“) „Ahh, des war schön!“ (War's schön. War's schwer?“) „Ne, des war ganz leicht. Ich hab' also mei' Augen zugmacht, hab' mir ein Bild vorgestellt und na hab' ich g'sagt, was auf dem Bild is oder in der ganzen Landschaft.“

Ein Neunjähriger erlebte die diagnostische Sitzung ausgesprochen heiter: „Ahahaha“ („Was war denn so schön, weil du so lachst?“) „Des war so lustig.“ („Lustig?“) „Ja, erst – erst hinlegen und dann als' schlafen und dann aufstehn, war so lustig.“ („Ja? Würdest du so ein Phantasiespiel gerne öfter machen?“) „Ja“.

Die Tatsache, daß die diagnostischen Sitzungen von den Kindern meistens als angenehm erlebt werden, geht aber

* Nach einem Vortrag gehalten auf dem 1. Internationalen Kongreß für Katathymes Bilderleben im November 1978 in Göttingen.

nicht auf Kosten der Entspannungstiefe. Es gibt Kinder, bei denen man während der Imaginationen kaum erkennen kann, wie tief sie entspannt sind und bei denen erst durch die Reaktion in der Nachbesprechung die Intensität ihrer Bildvorstellungen voll sichtbar wird. So äußerte sich ein Zehnjähriger nach Beendigung der Sitzung: („... bist ganz wach, ganz munter!“) „Wo bin ich denn?“ („Ja – überleg' mal!“) „Achso, ja, jetzt weiß ich's wieder – ich war auf einem Campingplatz und jetzt bin ich wieder hier.“ („... wie war's denn für dich?“) „Für mich? Also – aufregend!“ („... so aufregend, daß du das nicht mehr machen möchtest?“) „Doch schon, wissen Sie, ich wollte, ich will ja manchmal was aufregendes ...“

Ein Neunjähriger äußerte sich nach der Sitzung folgendermaßen: „Uhh ... („Ja, was möchtest sagen?“) „Uhh, des war ja jetzt – wenn – des ist alles ganz anders, ich mein', ich hätt' jetzt die ganze Nacht geschlafen ...“

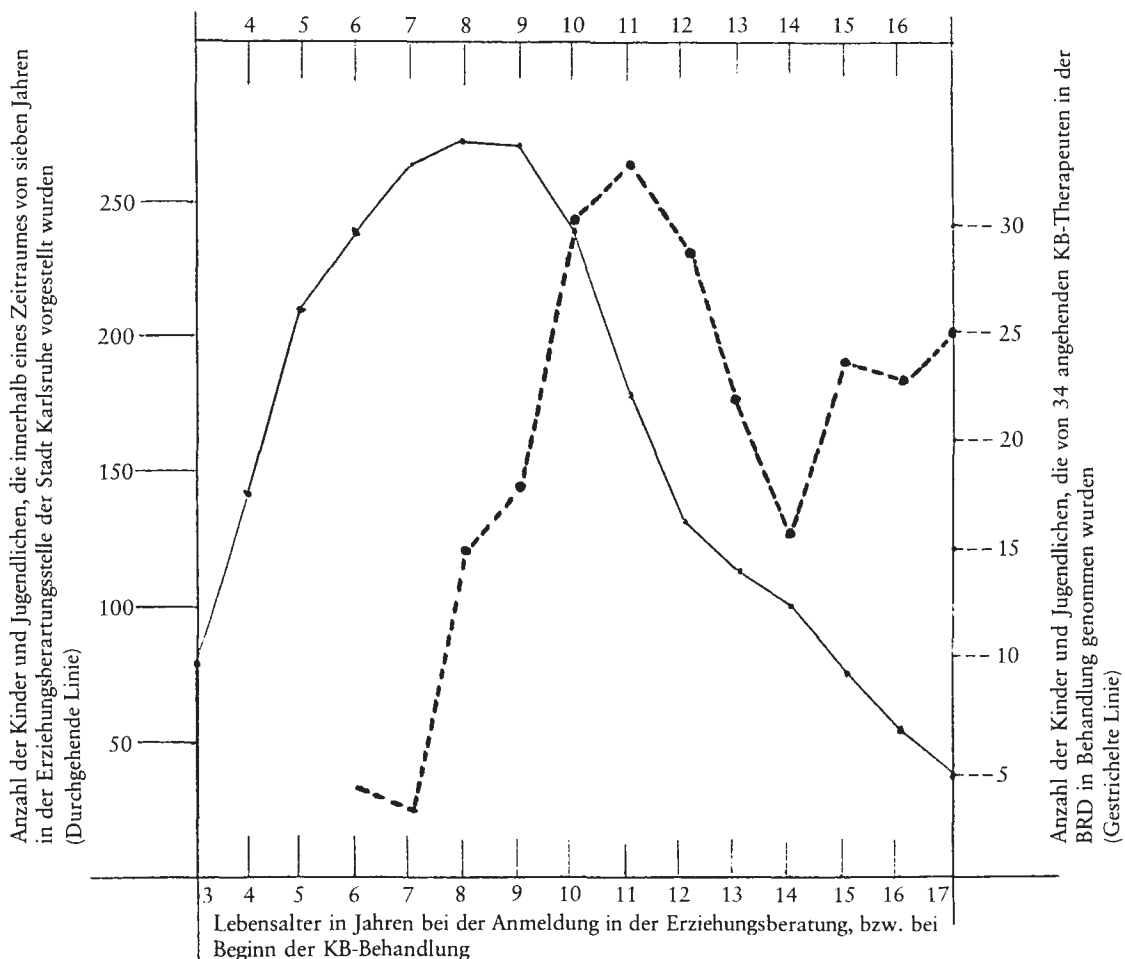
Wie plastisch manche Kinder die Imaginationen erleben, wird durch ihren gelegentlichen Hinweis deutlich, daß sie die Bilder „wie im Film“ oder „wie im Fernsehen“ gesehen hätten. Ein Elfjähriger: „... war alles so bei meinen Augen wie ein Film ...“ Und ein Zehnjähriger: „... es war, wie wenn ich Fernseh'n geguckt hätt', so, als ob ich richtig da wäre.“

Die inhaltliche Auswertung der diagnostischen KB-Sitzungen vollzieht sich zwar ähnlich wie bei anderen projektiven

Testverfahren. Es sind aber zusätzliche, KB-spezifische Kenntnisse erforderlich. Ihre Darstellung würde den Rahmen dieser Veröffentlichung sprengen und soll deshalb einer ausführlicheren Arbeit vorbehalten bleiben.

Während sich der Einsatz des KB zu diagnostischen Zwecken bei Kindern unter Berücksichtigung fest umschriebener Verhaltensweisen relativ unkompliziert vollzieht, erfordert die Anwendung dieser Methode zu therapeutischen Zwecken differenzierte Überlegungen. Das KB kann hier eingesetzt werden als alleinige Methode in Form von Einzel- oder Gruppentherapie oder in der Kombination mit anderen Therapiemethoden. 1976/77 führte ich unter 40 angehenden KB-Therapeuten eine anonyme Befragung über die Erfahrungen mit der KB-Einzeltherapie durch. Von den Befragten sandten 34 die Angaben von insgesamt 242 beendeten KB-Therapien 6–17jähriger zurück. Ich möchte hier nur die allerwichtigsten der insgesamt 13 Fragen erörtern:

Von Interesse war zunächst die Frage, wie alt die Patienten waren, die in KB-Therapie genommen wurden. Das Ergebnis möchte ich anhand nachfolgender Kurve verdeutlichen. Die gestrichelte Linie gibt das Lebensalter der 242 Kinder und Jugendlichen bei Behandlungsbeginn wieder. Die durchgehende Linie zeigt zum Vergleich das Lebensalter von 2500 Kindern und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Erziehungsberatungsstelle der Stadt Karlsruhe.



Wenn man diese beiden Kurven auch nur sehr bedingt miteinander vergleichen kann, wird doch deutlich:

Kinder bis zu sieben Jahren werden nur selten, Kinder ab zehn Jahren dagegen häufig in KB-Einzeltherapie genommen.

Proportional werden Jugendliche häufiger in KB-Therapie genommen als Kinder.

Der hohe Anteil von Kindern, die in KB-Therapie genommen werden und 10 Jahre oder älter sind, bestätigt, was Leuner in dem schon erwähnten Artikel [1] über das KB in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen schrieb: „... Der Spieltherapie sind jedoch Grenzen gesetzt, einerseits hinsichtlich des Alters des Kindes, andererseits hinsichtlich gewisser seelischer Strukturen. Das dem älteren Kind und dem Jugendlichen zukommende Gespräch bleibt – verglichen mit der Spieltherapie – meist auf den Austausch sachlicher Informationen und orientierender Stellungnahmen beschränkt. ... Informationen über Tiefenmaterial bleiben meist kärglich. ... An dieser Stelle nun, gewissermaßen in Fortführung der produktiven Spieltherapie mit anderen Mitteln, hat sich das katathyme Bilderleben bewährt ...“

Weil mir bekannt war, daß nur ein Teil der Therapeuten Kinder ausschließlich mit dem KB behandelt, habe ich in den Erhebungsbogen auch die Frage nach der Kombination des KB mit anderen Therapiemethoden aufgenommen. Dabei stellte sich heraus, daß von insgesamt 155 Kinder jedes dritte gleichzeitig mit KB und Spieltherapie behandelt worden war. Während in den ärztlichen Praxen häufiger KB gemeinsam mit Autogenem Training oder Hypnose angewandt wurde, dominierte in der Erziehungsberatung die Kombination mit der Spieltherapie. Dabei kam dem KB oft die Funktion der Einleitung oder aber der Dynamisierung einer Spieltherapie zu. Eine Therapeutin schrieb z.B.: „Ich baue das KB in die Spieltherapie ein, wenn ich glaube, daß die Behandlung stagniert. Mein Ziel, die Behandlung in Bewegung zu bekommen, habe ich damit immer erreicht.“

Bereits durch wenige KB-Sitzungen können Spieltherapien intensiviert werden. Daß diese Kombination aber auch über einen längeren Zeitraum hinweg möglich ist und diese beiden Methoden sich besonders bei Kindern bis zu etwa 12 Jahren gegenseitig gut ergänzen können, sollen zwei Beispiele verdeutlichen:

Beispiel 1: *Alexander*. Er ist 10 Jahre alt, wird wegen Asthma Bronchiale vorgestellt und bietet das Bild eines depressiven Kindes mit hysterischen Zügen. In der KB-Therapie wird bald ein starker Widerstand deutlich. Dieser hat offensichtlich zum Ziel, die allmählich bewußter werdenden konflikthaften Vorstellungen von den sehr einengend erlebten Eltern zu unterdrücken. So imaginiert er, wie er sich alleine zu Hause in der Küche aufhält und große Langeweile empfindet. Er projiziert die Aggression nach außen und bildert, daß es draußen „stürmt und schneit“. Da er nicht weiß, was er tun könnte, frage ich ihn, was er tun würde, wenn er alles tun dürfte, was er wolle. Er: „Das Haus in die Luft sprengen!“ Er imaginiert an dieser Stelle nicht weiter. In der Nachbesprechung äußert er aber den Wunsch, ein Haus zu bauen und es in die Luft zu sprengen. Von nun ab baut er über viele Stunden hinweg nach den KB-Sitzungen Häuser, in die er eine „Zündschnur“ legt und die er dann mit Krachen und Getöse zum Einsturz bringt. Auch später noch äußert Alexander während er Imagination Langeweile. Jetzt aber ist durch die spielerische Abreaktion eine realistischere Imagination der Konfliktsur-

chen vorbereitet. Wiederum befragt, was er gerne tun würde, wenn er alles dürfte, äußert er: „Das Zimmer umstellen – wenn ich's dürfte.“ Auf die Frage, wer denn etwas dagegen habe, sagt er: „Meine Eltern.“ Und er imaginiert, wie er sie vor sich sieht: zornig und unduldsam.

Alexander hat insgesamt 35 kombinierte KB-Spielstunden erhalten. Während dieser Zeit kam es immer wieder zu einem Ausagieren von KB-Inhalten auf der Spielebene. Die Entwicklung nahm dabei einen positiven Verlauf. Das Asthma ist nicht wieder aufgetreten. Auch die übrigen Symptome sind weitgehend aufgelöst worden.

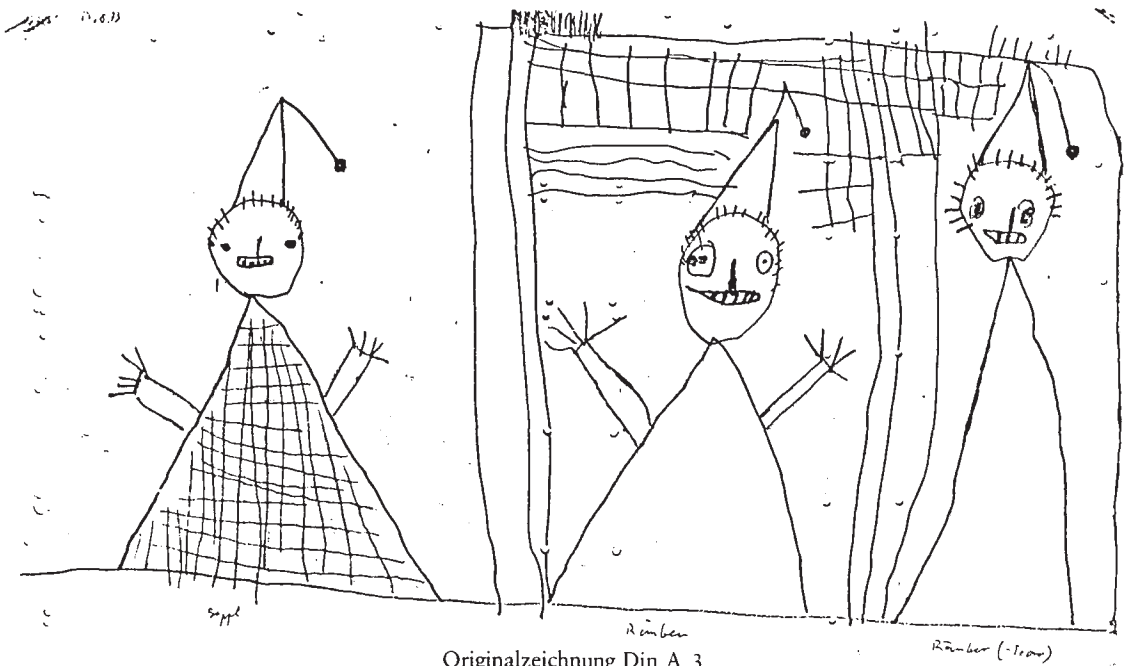
Beispiel 2: *Klaus*. Er war erst 6 Jahre alt. Der Erfolg der KB-Therapie stellte sich bei ihm nicht ebenso rasch ein wie bei Alexander. Ein hartnäckiger Ehekonflikt der Eltern mit besonderen Problemen im Intimbereich hatte zur Folge, daß durch die Therapie zunächst nur ein zeitweises Verschwinden des nächtlichen Einnässens erreicht werden konnte. Aber in den Therapiesitzungen kam es zu einer ungewöhnlichen Verzahnung von KB-Imagination und Spiel: Von der 4. KB-Sitzung ab imaginiert er regelmäßige Räuber, vor denen er große Ängste äußert. Diese Räuber bedrohen unbedeckte Frauen und sie haben „ein Kind umgebracht“. Nach der Sitzung malt er die Räuber, wie sie im Gefängnis sitzen. Wegen ihrer Gefährlichkeit sperrt er sie, d.h. das von ihm gemalte Bild, in meine Schreibtischschublade ein. Damit sie nicht flüchten können, hält ein Frosch Wache.

Als er zur nächsten Stunde kommt, überzeugt er sich sofort, ob die Räuber noch im Schreibtisch eingesperrt sind. Das ist zwar der Fall, aber im nachfolgenden KB stellt er plötzlich erschrocken fest, daß sie frei herumlaufen. Nach dem KB öffnet er die Schreibtischschublade vorsichtig nur einen winzigen Spalt, um sich zu vergewissern, daß sie noch eingesperrt sind.

In den folgenden Sitzungen kommt es im Wechsel zwischen KB und Spiel zu einer schrittweisen Integration dieser angsterweckenden Objekte. Er imaginiert zunächst, wie er die Räuber füttert: „Jeden Tag nur ein wenig, damit sie nicht zu gefährlich werden.“ Und im Anschluß an das KB holt er sie erstmalig für einige Minuten aus dem Schreibtischgefängnis. Wieder etwas später füttert er die Räuber, indem er Schokolade auf das von ihm gemalte Bild legt. Jetzt dürfen sie „bis abends“, d.h. bis zum Ende der Therapiestunde, das Schreibtischgefängnis verlassen. Aber bevor er weggeht, werden sie wieder eingesperrt.

Wie sehr Klaus dieses Geschehen auch zwischen den Sitzungen beschäftigt, wird daran deutlich, daß er zur nächsten Stunde Butterbrote für die Räuber mitbringt. Nun übernimmt er im Rollenspiel plötzlich selbst die Rolle eines toten, bzw. verletzten Kindes, und ich soll – Ausdruck einer starken Übertragung – einen Arzt spielen, der ihn verbindet. Immer im Wechsel zwischen KB und Spiel übernimmt er wenig später auch selbst die Rolle eines Räubers. In eindrucksvoller Entsprechung zu diesem deutlicher werdenden Entwicklungsfortschritt lassen den Patienten jetzt die Imaginationen den Ursprung seines konflikthaften Erlebens bewußter werden: Die Räuber haben sich zu Figuren gewandelt, die die Eltern symbolisieren. Die Verbrecher sind jetzt „Mann und Frau“, die „im Bett liegen“ und nicht mehr nackt, sondern mit einem Schlafanzug bekleidet sind.

Wann bei Kindern eine reine KB-Therapie, eine Spieltherapie oder aber eine Kombination zwischen beiden indiziert ist, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Im Rahmen der Ausbildung zum KB-Therapeuten wäre es aber wünschenswert, diese Therapieform nicht von vornherein zu vermischen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß bei dieser Kombination bei sehr vielen Kindern bald eine Neigung, nur noch spielen und nicht mehr imaginieren zu wollen, auftritt. Dementsprechend hat auch die Befragung ergeben,



Originalzeichnung Din A 3

daß durch KB-Behandlungen, die in einem Spielzimmer durchgeführt wurden, das Therapieziel während der KB-Behandlungszeit nur in jedem dritten Fall erreicht wurde. Das schmälert zwar nicht die Bedeutung, die dem KB durch seine die Spieltherapie dynamisierende Wirkung zukommt. Die Berücksichtigung dieser Erfahrung ist aber besonders für den Einsatz dieser Methode in den Erziehungsberatungsstellen von Bedeutung. Verfügen diese Einrichtungen doch häufig über gut ausgestattete Spielzimmer, oft aber nicht über spezielle Räume für Autogenes Training oder KB.

In der Erziehungsberatung ist aber nicht nur die Kombination von KB und Spieltherapie möglich. Auch das KB in seiner klassischen Form kann in der Kinderbehandlung angewendet werden. Dabei wird die Wirkung desselben noch vertieft, wenn man die KB-Imaginationen anschließend malen läßt. Es ist eigentlich wenig verständlich, daß lt. Umfrage nur in 13% der Fälle KB mit Maltherapie gekoppelt wurde. Ich möchte deshalb als Beispiel einen Ausschnitt aus der Therapie eines 9jährigen Mädchens, Beate, wiedergeben. Beate litt unter einer Gefährdung in Richtung Angstneurose, seit sie von einem Exhibitionisten erschreckt und daraufhin von der Polizei verhört wurde. Mit ihr wurden 28 KB-Sitzungen durchgeführt, die sie im Anschluß daran regelmäßig malte. Auffällig war, daß sie früher zurückliegende Probleme in der Therapie erst dann aufgriff, nachdem das Trauma mit dem Exhibitionisten verarbeitet war. Schon im diagnostischen KB hatte sie ein mit Verbrechern überfülltes Gefängnis imaginiert. Während der ersten acht Sitzungen imaginierte sie regelmäßig ein Gefängnis, in dem sich immer weniger Gefangene aufhielten. Das besondere aber war, daß sie nach den Sitzungen diese Bilder malte und während des Malens wie 'laut denkend' das Erlebte noch einmal durchsprach. Nach dem dritten KB etwa malte sie einen Häftling, der eingesperrt war, weil er – wie sie imaginiert hatte – so böse sei, „ganz

rot im Gesicht“, „betrunken“, und weil er „eine Frau ermordet“ hatte. Nach späteren Imaginationen malt sie, wie sie die Gefangenen füttert, wie sie ihnen Pommes frites, Hähnchen und Kuchen bringt und sie vertieft damit das im KB Erlebte, ganz konkret hier die schrittweise innere Annäherung und Aussöhnung mit den von ihr als bedrohlich erlebten Männern (Prinzip des Nährens und Versöhnens nach *Leuner* [3]). Nach der achten KB-Sitzung malte sie, wie der letzte Gefangene aus dem Gefängnis herausgeführt wird. Auch spätere Imaginationen mit anderen Bildinhalten malte sie regelmäßig und verarbeitete so gründlich ihre inneren Erlebnisse. Nach Beendigung der Therapie waren die ursprünglichen Symptome wie Gastritis, Angstträume, allgemeine Ängstlichkeit und heftige Schulangst verschwunden.

Bis zu welchem Anteil kann man von der KB-Therapie derartige positive Ergebnisse erwarten? Die Befragung, die allerdings allein auf der subjektiven Einschätzung der Behandler beruht, gibt folgendes Bild:

Von 127 Patienten, die 6 oder mehr Sitzungen mit dem KB behandelt wurden und deren Behandlungsende nicht durch einen Abbruch oder einen Wegzug herbeigeführt wurde, haben 76, also 60%, das Therapieziel bereits während dieser Behandlungszeit erreicht. Es ist dies ein hoher Prozentsatz, wenn man berücksichtigt, daß

1. die befragten Therapeuten noch keine ausreichende Erfahrung mit dieser Methode hatten,
2. alle von ihnen behandelten Kinder und Jugendlichen, also auch die der allerersten Behandlungsversuche, mit einbezogen wurden,
3. auch sogenannte ‚Probebehandlungen‘ und solche zum Zwecke der Dynamisierung einer anderen Therapieform miteinbezogen wurden,

4. Behandlungserfolge oft nicht unmittelbar nach Behandlungsende, sondern erst in einer Langzeitwirkung deutlich werden.

Therapieerfolge wurden aber nicht nur bei Fällen registriert, die mehr als 5 KB-Sitzungen erhielten. Mit mehr als jedem dritten Patienten, der nur 2–5 Sitzungen imaginierte, konnte den Angaben zufolge bereits das Therapieziel erreicht werden! So berichtete eine Kollegin von der erfolgreichen Behandlung einer 8jährigen Enuretikern mit nur 5 KB-Sitzungen.

Summary

Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling

On the basis of an interrogation among future guided affective imagery therapists on the one hand and of a great number of case histories on the other, the conclusion is allowed, that individual guided affective imagery is a particularly effective therapeutic method. This explains why even brief diagnostic sessions with guided affective imagery show remarkable positive results with young patients and why a limited number of sessions may already be of therapeutic value. It also explains, however, why after only a few imaginations massive resistance may be observed, which in turn may lead to premature termination of the therapy.

The application of guided affective imagery is indicated when rapid access to subconscious material is desired, when, on the background of diagnostic application of guided affective imagery, good capability of and readiness for imaginations may be assumed, and when positive cooperation on the parents' side may be expected.

Because of its various fields of application as well as of its intensive effects, guided affective imagery meets the requirements of educational counselling particularly well. Its additional advantage is that its effects do not remain at the surface of behaviour. Although it would quite obviously be wrong to maintain that guided affective imagery is able to replace all the other modes of therapy, it will doubtlessly occupy an important rank among the therapeutic instruments of the educational counsellor.

Literatur

- [1] *Leuner, H.*: Das katathyme Bilderleben in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Praxis 1970. – [2] *Ders.*: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Ernst Reinhard-Verlag München/Basel 1977. – [3] *Ders.*: Katathymes Bilderleben – Unterstufe. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1970.

Anschr. d. Verf.: Günther Horn, Analytischer Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut, Pfeilerweg 37, 7500 Karlsruhe 41-Gw.